

Sens życia jako predyktor subiektywnej oceny zdrowia

Tadeusz Marian Ostrowski

Uniwersytet Jagielloński
Instytut Psychologii Stosowanej

ABSTRACT: The article presents the studies which can be placed at the borderline between the psychology of health and an empirical existential psychology. They were inspired by the question if the meaning of life translates into the feeling of being healthy, namely, what in psychology is defined as a subjective health. The studies were based on a freedom and values related theory of meaning of life, as well as a definition of health formulated on the Ottawa Card by the WHO. Three basic notions of the freedom and values related theory of meaning of life are: meaning of life, personal freedom and sensitivity to values. They were defined on two levels: psychological meaning and anthropological references. When differentiating *meaning* from *reference*, the possibilities of making use of philosophy as a fundamental science for psychology from which a psychologist derives assumptions in relation to the being and human existence were taken into consideration. *Meaning* has a psychological dimension and requires conceptualization, operationalisation, the method of researching and psychological conclusions. *Reference*, on the other hand, is philosophical and existential in nature and thus, it can appear in psychological studies at the stage of assumptions and results interpretation. Anthropological assumptions of psychological studies were derived from a three-dimensional theory of human existence in Frankl's (1984) perspective, who distinguishes a physical, mental and spiritual existential dimension called by Popielski (1994) a neotic one. Assuming that a spiritual sphere constitutes an ontological basis of a mental sphere was defined in the work as *augueretza* [Latin *augere* meaning to generously supply]. Referring to Frankl's theory, the category of *augueretic* notions was distinguished, that is, the ones which are ontologically anchored in a spiritual sphere, and are enriched by this sphere (subject, value, sense of life), in contrast to other categories which do not require a neotic perspective and in which it is not definitely assumed (stress, intelligence, temper). A common dimension of *augueretic* notions, that is, psychological ones with a spiritual dimension, is expressed by the fact that they include an element of transcendence towards the absolute as a basis of inexhaustible values. It is an ontological transcendence in a separate sphere of being. It constitutes a definitional feature – a condition *sine qua non*, distinguishing *augueretic* notions from psychological ones. On account of searching a salutogenetic dimension of the meaning of life a variable being a subjective life was introduced. Each of theoretical notions was related to a ques-

tionnaire meeting the standards of a psychological method. In order to verify a hypothesis about an interdependence between the meaning of life and health, 168 healthy people were examined, including 115 women and 53 men aged 18–64. The analysis of the results showed that a subjective independence and sensitivity to values indirectly, whereas the feeling of the meaning of life directly, constitute positive predictors of a subjective evaluation of health condition. A relation between sensitivity to values and a subjective evaluation of health condition revealed in the case of the subjects who considered their own development (a positive dependence) and illness (a negative dependence with evaluation of health) as an important and positive value in life. Summing up, one should draw a conclusion that the meaning of life is a salutogenetic mechanism as a predictor of a positive evaluation of health.

KEY WORDS: existential psychology, meaning of life, freedom, values, subjective health

Wstęp

Kategorie egzystencjalne, a szczególnie pojęcie „sens życia” są od dawna stosowane w psychologii klinicznej, zwłaszcza w problematyce zaburzeń afektywnych i tendencji samobójczych. Natomiast w psychologii zdrowia podejście egzystencjalne ogranicza się do rozumienia zdrowia jako wartości, tylko nieliczne badania odwołują się do poczucia sensu życia, pomimo że należy ono do istotnych pojęć w wielu dziedzinach psychologii: w psychologii motywacji, psychologii egzystencjalnej i w nowszych — psychologii pozytywnej i psychologii narracyjnej. Na podstawie wyników badań — przedstawionych poniżej — należy oczekiwać, że kategoria sens życia ze względu na swoje motywacyjne konotacje będzie przydatna w problematyce modyfikacji zachowań zdrowotnych i w badaniach dotyczących radzenia sobie z chorobą.

Celem artykułu jest przedstawienie zastosowania kategorii egzystencjalnych w psychologii zdrowia, a dokładniej — teorii libertalno-walorycznej poczucia sensu życia w badaniach empirycznych, zainspirowanych pytaniem, czy sens życia przekłada się na poczucie bycia zdrowym, czyli na to, co w psychologii określa się jako zdrowie subiektywne (HESZEN, 2005).

Podstawy teoretyczne badań

Badania zostały oparte na teorii libertalno-walorycznej poczucia sensu życia (OSTROWSKI, 2008), a także na definicji zdrowia sformułowanej w *Karcie Ottawskiej WHO (Ottawa Charter for Health Promotion, 1986)*.

Podstawowymi pojęciami teorii libertalno-walorycznej są: „poczucie sensu życia”, „wolność osobowa” i „wrażliwość wobec wartości”. Charakteryzując je, będę starał się określić ich psychologiczne znaczenie i antropologiczne odniesienie.

Różnicując znaczenie i odniesienie, nawiązuję do możliwości skorzystania z filozofii jako nauki podstawowej dla psychologii, z której psycholog czerpie założenia odnośnie do bytu i egzystencji człowieka. Dlatego proponuję wyróżnienie w pojęciach psychologicznych o kontekście egzystencjalnym dwu poziomów semantycznych: znaczenia i odniesienia (OSTROWSKI, 2008). Znaczenie ma wymiar psychologiczny i wymaga konceptualizacji, operacjonalizacji, metody badania i wnioskowania psychologicznego. Odniesienie natomiast ma charakter filozoficzny, egzystencjalny, przez co w badaniach psychologicznych może występować na etapie założeń oraz interpretacji wyników. Formułowanie filozoficznych założeń pojęć psychologicznych określiłem jako *augeretzę*¹, czyli ich wzbogacanie.

Mówiąc o antropologicznych założeniach badań psychologicznych, mam na myśli trójwymiarową teorię egzystencji człowieka w ujęciu Viktora E. FRANKLA (1984), który wyróżnia wymiary egzystencji: fizyczny, psychiczny i duchowy, zwany przez Kazimierza POPIELSKIEGO (1999) *noetycznym*². Nawiązując do teorii V.E. Frankla, wyróżniłem w psychologii kategorię pojęć *augeretycznych*, czyli takich, które mają zakotwiczenie teoretyczne w sferze duchowej, są wzbogacone przez tę sferę (podmiot, wartość, sens życia), w odróżnieniu od innych kategorii, które nie domagają się *noetycznej* perspektywy, w których nie jest ona definitywnie założona (stres, inteligencja, temperament). Wspólny wymiar pojęć *augeretycznych*, tzn. psychologicznych z wymiarem duchowym, wyraża się w tym, że zawierają one element transcendencji ku absolutowi jako podstawie niewyczerpywalnych wartości. Jest to transcendencja ontologiczna, w odrębną sferę bytu. Stanowi cechę definicyjną — warunek konieczny, wyróżniający pojęcia *augeretyczne* spośród pojęć psychologicznych. Zastosowanie *augerezy* umożliwia poruszanie się w przestrzeni trójwymiarowej antropologii Frankla, bez konieczności badania sfery duchowej, do czego psychologia, z powodów teoretycznych i metodologicznych, nie jest przygotowana. Ograniczenia wynikają przede wszystkim z braku empirycznego kryterium, pozwalającego zróżnicować procesy psychiczne i procesy duchowe. Można je natomiast wyróżnić teoretycznie, jak to uczynił Frankl, na poziomie antropologii filozoficznej, co dla psychologa może być bardzo inspirujące poznawczo.

¹ *Augeo* (łac.) obficie zaopatrzyć.

² *Noetikos* (gr.) poznawczy, od *noetos* dający się poznać; tutaj: typowo ludzki. POPIELSKI (1999, s. 9); pojęcie „*noetyczny*” wywodzi ze starożytnej, greckiej kategorii *nous*, wyrażającej „aktywność umysłową (rozumową) jednostki”. *Nous* to dla Greków rozumna, pierwotna przyczyna istnienia rzeczywistości: myśl, rozum, duch.

Rodzi się pytanie o uzasadnienie komplikowania badań psychologicznych — i tak bardzo złożonych teoretycznie — o sferę duchową (noetyczną). Jest to ujęcie, które wychodzi naprzeciw poglądom autorów zakładających, że człowiek jako byt egzystuje w trzech wymiarach, a nie tylko w dwóch (FRANKL, 1984; OBUCHOWSKI, 1995³; POPIELSKI, 1999). Wydaje się jednak, że w wielu zagadnieniach psychologicznych podejście augeretyczne nie jest konieczne. Jeśli jednak badacz zajmuje się problematyką psychologii egzystencjalnej (sens, wartość), to powinien się antropologicznie zadeklarować. Kristen Bent MADSEN (1980) widzi taką potrzebę również w psychologii osobowości. W swoim analitycznym studium teorii osobowości albo przedstawia sformułowane przez autora założenia metapsychologiczne, albo najczęściej je odtwarza, na podstawie poglądów badacza.

Badania antropologiczne poszerzają „świadomość ontologiczną” badacza, a także obszar badań i praktyki psychologicznej o relacje: człowiek — absolut, człowiek — sacrum, aktualne w klinicznej psychologii zdrowia, zwłaszcza w problematyce choroby przewlekłej oraz opieki paliatywnej i terminalnej.

W teorii libertarno-walorycznej sens życia definiuję jako jeden z podstawowych mechanizmów motywacyjnych człowieka, o charakterze emocjonalno-poznawczym. Jest to autorefleksja o swoim życiu (rozległa czasowo). Ocena życia zachodzi w odniesieniu do istotnych dla jednostki wartości oraz do indywidualnej, długoterminowej koncepcji życia⁴. Na poziomie antropologicznym poczucie sensu życia można odnieść do woli sensu, która stanowi podstawowy dynamizm ducha, wiodący jednostkę w stronę wartości, w ich idealnym spełnieniu w formie absolutu.

Operacjonalizując poczucie sensu życia, uwzględniłem następujące jego komponenty:

- Ocena swoich aktualnych działań pod względem ich sensowności.
- Bilans refleksji retrospektywnej o swoim życiu.
- Przekonanie o szansach na osiągnięcie ważnych celów życiowych (optymizm egzystencjalny).
- Poszanowanie życia.
- Radość życia.
- Indywidualna zasada sensu życia (sens życia w zmierzaniu ku Bogu, w istnieniu jako cząstka przyrody, w poświęceniu dla innych).
- Poczucie przydatności społecznej.

Drugim istotnym w omawianej teorii pojęciem jest wolność osobowa, będąca mechanizmem emocjonalno-poznawczym i mająca charakter

³ K. OBUCHOWSKI (1995: 329) o zdolności człowieka do zachowania dystansu psychicznego pisze: „Stanowi on, po mechanizmach płaszczyzny fizjologicznej i psychologicznej, mechanizm trzeciej płaszczyzny — fenomenologii psychiki ludzkiej, organizacji jej Ja”.

⁴ Według K. OBUCHOWSKIEGO (1995) każdy człowiek powinien mieć taką koncepcję, ponieważ jej posiadanie jest warunkiem rozwoju osobowości.

dyspozycji. W wymiarze poznawczym stanowi ustosunkowanie się do samego siebie od: „Czuję się wolny”, do „Jestem zniewolony”, oraz w relacjach zależności — niezależności od innych. W wymiarze emocjonalnym wyraża się w poczuciu nieskrępowania działania przez żadne ograniczenia, przez co zapewnia energię działania.

Na poziomie antropologii Frankla wolność osobową można określić jako siłę ducha, która pozwala jednostce przekroczyć uwarunkowania wynikające z prawidłowości sfery psychicznej i somatycznej oraz kontekstu społecznego w kierunku transcendencji ku absolutowi.

Operacjonalizując pojęcie „wolność osobowa”, wyróżniłem trzy wskaźniki pomiarowe pozytywne i jeden negatywny:

- Niezależność społeczna (wewnątrzsterowność).
- Poczucie niezależności (jako nieskrępowanie myśli i czynów).
- Znaczenie swojej woli (indeterminizm).
- Poczucie zagubienia w wolności bez drogowskazów.

Próby weryfikacji empirycznej wytrzymały dwa z nich, a mianowicie: poczucie niezależności (jako nieskrępowanie myśli i czynów) oraz poczucie zagubienia w wolności bez drogowskazów. W rezultacie opisane poniżej narzędzie do pomiaru wolności osobowej uwzględnia te dwa komponenty.

Trzecim pojęciem ważnym w teorii libertalno-walorycznej jest wrażliwość wobec wartości. Definiuję ją, odwołując się do teorii wartości w ujęciu Frankla, który wyróżnia wartości przeżyciowe, twórcze oraz wartości postawy. Chodzi o postawę ponad cierpienie, doświadczane w różnych trudnych sytuacjach życiowych, np. w chorobie. Frankl uważa, że człowieka stać na to, aby w każdej, nawet najbardziej dramatycznej sytuacji, przyjąć postawę ponad cierpienie, to znaczy dokonać racjonalnej analizy sytuacji, która pozwala odnaleźć jasne punkty dramatu.

Na poziomie psychologicznym wrażliwość wobec wartości określam jako dyspozycję do przypisywania statusu wartości różnorodnym doświadczeniom, rołom społecznym, właściwościom i zadaniom życiowych (wartości przypisane⁵), również bardzo stresującym wydarzeniom i sytuacjom (według Frankla: wartości postawy). Wrażliwość wobec wartości odpowiada za kierunek działania.

Na poziomie antropologii wrażliwość wobec wartości można odnieść do uczestniczenia w egzystencji absolutu, poprzez dostrzeganie i realizowanie w sobie i w otoczeniu jego atrybutów, czyli wartości.

⁵ Przez wartości przypisane rozumiem kategorię rzeczywistości, która istnieje obiektywnie, osiągając swą esencjalną realizację w absolutcie, a podmiotowo jawi się człowiekowi jak byt lub przymiot ważny, godny starania, realizacji, osiągnięcia. W swej podmiotowej optyce jednostka może doświadczać jako wartości, przykładowo, swego rodzicielstwa, swego poczucia godności czy uczciwości (OSTROWSKI, 2008).

W operacjonalizacji pojęcia „wrażliwość wobec wartości” odwołuję się do teorii Frankla, który wyróżnia:

- Wartości twórcze: dobra materialne, rozwój, sława, wiedza, twórczość, zdrowie.
- Wartości przeżyciowe: godność, miłość, nieśmiertelność, ojcostwo / macierzyństwo, piękno, uroda, tęsknota, zbawienie.
- Wartości postawy: choroba, samotność, niepełnosprawność, cierpienie.

Aby dopełnić omówienia pojęć istotnych w badaniach prezentowanych w tej pracy, muszę określić, co rozumiem przez zdrowie subiektywne. Oparłem się na definicji zdrowia przedstawionej w *Karcie Ottawskiej WHO (Ottawa Charter for Health Promotion, 1986)*, zgodnie z którą zdrowie to potencjał jednostki czy grupy społecznej, niezbędny w procesie realizowania potrzeb i aspiracji oraz kontroli i przeobrażania środowiska. Jest rodzajem zasobu koniecznego do codziennego funkcjonowania.

W psychologii zdrowia, obok zdrowia obiektywnego, które diagnozowane jest przez medycynę, uwzględnia się zdrowie subiektywne. Treścią tej struktury poznawczej jest ocena własnego zdrowia jednostki. Operacjonalizując to pojęcie, wyróżniłem trzy wymiary zdrowia — somatyczny, psychiczny (umysłowy, emocjonalny) i społeczny. Wymiar duchowy zdrowia jednostki w tym ujęciu reprezentowany jest przez poczucie sensu życia (zmienna wyjaśniająca).

Empiryczna inspiracja badań

Współzależność pomiędzy poczuciem sensu życia a stanem zdrowia była przedmiotem wielu badań w obszarze profilaktyki zdrowia psychicznego i w psychologii klinicznej, natomiast niewiele przeprowadzono ich w psychologii zdrowia. Można się tu odwołać do badań dotyczących sensu życia, realizowanych w ramach empirycznej psychologii egzystencjalnej, odnoszących się do radzenia sobie w sytuacjach trudnych.

Przykładem są badania dotyczące mechanizmów radzenia sobie z doświadczeniem straty. Do tego nurtu należą badania Christophera G. DAVISA i Susan NOLLEN-HOEKSEMA z University of Michigan oraz Judith LARSON ze Stanford University (1998), którzy sens życia określają jako trwałe nastawienie na poznawcze opracowanie doświadczeń. Ewa TRZEBIŃSKA (2008) zauważa, że tak rozumiane poczucie sensu w psychologii pozytywnej zalicza się do kategorii cnót, czyli cech, które stanowią przesłanki dobrej jakości życia. Alternatywą jest rozumienie poczucia sensu jako celu życia, przez co akcentuje się jego motywacyjny charakter. Wyróżniono dwa odrębne mecha-

nizmy poznawcze odnajdywania sensu życia po stracie bliskiej osoby. Istotą pierwszego z nich jest wkomponowanie śmierci bliskiej osoby w obraz siebie i świata jako wydarzenia sensownego przez swą oczywistość i naturalność w życiu człowieka. Mechanizm ten nazwany został znajdowaniem sensu (*sense making*). Stwierdzono, że znalezienie sensu wymaga czasu, ale następuje dość szybko, to znaczy już po pół roku, a jego pozytywne skutki, odczuwane jako zmniejszenie żalu po stracie, trwają około roku. Po 13 miesiącach od śmierci bliskiej osoby mechanizm ten wystąpił u 68% badanych. Predyktorem jest wiek zmarłego i wiara religijna. Im badany jest starszy, tym mechanizm ten staje się skuteczniejszy. Wiara religijna odgrywa rolę facylitora.

Warto dodać, że postrzeganie świata w kategoriach jego sensowności znane jest od dawna w psychologii zdrowia za sprawą teorii koherencji w ujęciu Aarona ANTONOVSKY'ego (1995). To jeden z komponentów koherencji, czyli współbrzmienia ze światem, obok przekonania o tym, że świat jest sterowalny i zrozumiały. W świetle wyników wielu badań empirycznych poczucie koherencji stanowi ważny predyktor zdrowia.

Drugi z mechanizmów opisanych przez CH. DAVISA, S. NOLEN-HOEKSEMA i J. LARSON polega na znajdowaniu sensu poprzez odkrywanie wartości w wydarzeniach (*benefit finding*). Celem tej reinterpretacji poznawczej jest identyfikacja pozytywnych stron traumatycznego doświadczenia. Wymaga dłuższego czasu niż odnajdywanie sensu i dłużej działa. Po 13 miesiącach od straty potwierdzono ten mechanizm u 80% badanych. Istotnym predyktorem okazał się optymizm. Badacze opisali mechanizm znany od dawna w logoterapii⁶, określony przez V.E. FRANKLA (1984) jako wartość postawy, czyli właśnie dostrzeganie wartości w trudnej dla człowieka sytuacji.

Najistotniejszy z perspektywy psychologii zdrowia jest fakt, iż autorzy na podstawie badań stwierdzili zmniejszenie prawdopodobieństwa wystąpienia depresji w reakcji po stracie oraz PTSD w rezultacie działania obydwu mechanizmów odzyskiwania sensu życia.

Pośrednio w problematykę zależności pomiędzy poczuciem sensu życia a stanem zdrowia włącza się także psychologia pozytywna. Czyni to w sposób pośredni, ponieważ w tej dziedzinie chodzi głównie o uwarunkowania szczęścia, a dopiero wtórnie — zdrowia. Przykładem takiego ujęcia są badania Carol D. RYFF z University of Wisconsin-Madison (Department of Psychology) oraz Burtona H. SINGERA z University of Wisconsin-Madison i Princeton University (Office of Population Research) (2002; 2008). C.D. Ryff bada uwarunkowania pozytywnego starzenia się (*positive aging*), rozumianego jako zintegrowany, biopsychospołeczny proces. Odwołuje się do pojęć istot-

⁶ Logoterapia — terapia ducha, której celem jest pomoc w odzyskaniu poczucia sensu życia.

nych w psychologii zdrowia, takich jak dobrostan (*well-being*) oraz zdrowie pozytywne (*positive health*). Ryff wymienia uwarunkowania pozytywnego starzenia się, a mianowicie: samoakceptację, pozytywne relacje z innymi ludźmi, autonomię, kontrolę nad środowiskiem, cel życia zapewniający sens oraz rozwój osobisty.

Problem zależności pomiędzy sensem życia a stanem zdrowia angażuje różne dziedziny psychologii. Obok psychologii egzystencjalnej, psychologii zdrowia i psychologii pozytywnej pojawia się w tym kontekście także psychologia narracyjna, z wątkiem badań dotyczących salutogenetycznego znaczenia transformacji poznawczej doświadczenia, jaka zachodzi w narracji o swoim życiu. Kate NIEDERHOFFER i James PENNBAKER (2002) z The University of Texas w Austin wykazali w badaniach eksperymentalnych, że osoby, które opisały swoje trudne doświadczenia, stwierdziły bezpośrednio po badaniu, iż była to aktywność wzbudzająca pozytywne emocje. Natomiast po roku wykazywały lepsze zdrowie, co wyraziło się mniejszą liczbą wizyt u lekarza oraz wyrównanym ciśnieniem krwi i większą efektywnością układu immunologicznego.

W badaniach polskich również poruszana jest kwestia zależności pomiędzy sensem życia a stanem zdrowia somatycznego. K. POPIELSKI (1999) zadał pytanie, czy aktywność noetyczna młodzieży (poszukiwanie sensu życia) w okresie studiów jest powiązana z występowaniem zaburzeń, które podzielił na noetyczne (duchowe), psychiczne i somatyczne. Badania przeprowadził w liczącej 264 studentów grupie, z której — na podstawie wyników własnego *Testu Noo-dynamiki* — wyłonił dwie skrajne ćwiartki, po 66 osób: grupę ND+ o wysokiej noo-dynamice i ND- o niskiej noo-dynamice. Wykazał, że w formowaniu aktywności noetycznej znaczenie mają wczesne doświadczenia w rodzinie. Osoby ND+ doznały 6% niekorzystnych wpływów rodziny, a ND- — aż 46%. Interesujący nas problem stanu zdrowia pojawia się również w porównaniu obydwu grup. Osoby ND+ i ND- różnią się w zakresie występowania szeregu objawów zaburzonego funkcjonowania noopsychosomatycznego. Najlepiej różnicują je dwa zespoły objawów, wyróżnione za pomocą analizy kanonicznej, a nie pojedyncze objawy. Do zespołu pierwszego Popielski zaliczył: nadpobudliwość ruchową (objaw somatyczny), nieadekwatne reagowanie na strach (objaw psychiczny), nadużywanie środków uspokajających (objaw uzależnienia obronnego) oraz niechęć wobec ludzi (objaw noetyczny). W zespole drugim występują: lęk przed zamkniętą przestrzenią (objaw psychiczny), suchość w ustach lub gardle oraz zaburzenia akcji serca (objawy somatyczne) i nadwrażliwość na negatywne doświadczenie (objaw noetyczny). Analiza wyników, jakie uzyskał Popielski, nie prowadzi bezpośrednio do wniosków o charakterze noopsychosomatycznym, ale można domniemywać, że występuje zależność pomiędzy opisanymi przez niego cechami środowiska domowego oraz osobowości a objawami zaburzeń. Praca

ta ma więc przesłanie psychosomatyczne, przynajmniej na poziomie interpretacji wyników.

Do badań z obszaru noosomatopsychologii⁷, opartych na koncepcji Frankla, należą badania Jolanty ŻYCIŃSKIEJ (1995), dotyczące twórczego przeżywania choroby o charakterze chronicznym i progresywnym, jaką jest stwardnienie rozsiane. Grupa badawcza liczyła 54 osoby w wieku od 20 do 45 lat. Zostały one zbadane za pomocą *Purpose in Life Test* J.C. Crumbaugh i L.T. Maholicka, testu rysunku postaci ludzkiej opracowanego jako technika wyobrażeniowa, metody Bellaka, Arkusza Samooceny R. Cibora oraz wypowiedzi wolnej na temat postawy wobec choroby. Na podstawie starannie dobranych kryteriów autorka wyróżniła osoby twórcze, które stanowiły 74% badanych, oraz nietwórcze. Osoby przeżywające chorobę w sposób twórczy charakteryzuje adekwatna samoocena, optymizm, koncentracja na kompetencjach emocjonalnych i umysłowych, a nie fizycznych, pragnienie samorozwoju, wykorzystywanie okresów remisji na konkretne zadania. W grupie tej twórcze przeżywanie choroby może być traktowane jako czynnik rozwojowy.

W przeglądzie badań dotyczących zależności: poczucie sensu — zdrowie należy przedstawić również badania Ireny Heszen-Niejodek i jej zespołu, opublikowane w roku 2003, które dotyczyły duchowości, rozumianej jako psychologiczna dyspozycja, m.in. do poszukiwania sensu życia. Przeprowadzono je za pomocą własnego Kwestionariusza Samoopisu w grupie 60 pacjentów onkologicznych oraz 60 chorych na astmę. Badanych podzielono względem mediany na dwie grupy — osoby o wyższym i niższym poziomie duchowości. Wykazano, że chorzy na nowotwór o wyższym poziomie uduchowienia oceniali lepiej swoje samopoczucie, uważali, że mają większy wpływ na przebieg choroby oraz przejawiali większy optymizm, dotyczący dalszego przebiegu choroby. Natomiast chorzy na astmę z wyższymi wynikami w zakresie duchowości charakteryzowali się lepszą jakością życia.

Przechodząc do prezentacji wyników badań własnych, należałoby przypomnieć, że stanowią one weryfikację hipotezy, zgodnie z którą pomiędzy poczuciem sensu życia i jego predyktorami a subiektywnie ocenianym stanem zdrowia występuje istotna zależność dodatnia. Zmienną wyjaśnianą jest zdrowie subiektywne, a główne zmienne wyjaśniające stanowią: poczucie sensu życia, wolność podmiotowa i wrażliwość wobec wartości. Weryfikacja hipotezy jest przedmiotem dalszych części pracy.

⁷ Termin zaproponowany przez K. POPIELSKIEGO (1999) na określenie dziedziny badań oraz praktyki diagnostyczno-terapeutycznej, dotyczącej psychicznych i duchowych implikacji choroby somatycznej.

Metody badania i grupa

Badania przeprowadziłem w grupie 168 osób zdrowych, w tym 115 kobiet i 53 mężczyzn, w wieku od 18 do 64 lat ($M = 42,91$; $SD = 9,71$). W grupie badanych znalazły się osoby mające różne wykształcenie: z wykształceniem zawodowym i niepełnym średnim było 16 osób (9,5 %), ze średnim — 72 osoby (42,9 %), z wyższym — 80 osób (47,6 %). Badani reprezentowali więc środowisko ludzi wykształconych. Badania przeprowadzono w Małopolsce, na Górnym Śląsku i na Pomorzu Zachodnim.

Zastosowałem metody własne, takie jak Kwestionariusz Stosunku do Życia, przeznaczony do badania poczucia sensu życia. Metoda składa się z 20 twierdzeń. Ma wysoki współczynnik rzetelności — *alfa* Cronbacha = 0,83. Badany osiąga wynik od 20 do 80 punktów. Błąd standardowy pomiaru (*SEM*) wynosi 3,18.

Metodą do badania poczucia wolności osobowej jest Kwestionariusz Poczucia Wolności, składający się z 22 twierdzeń. W tym wypadku *alfa* Cronbacha wynosi 0,76. Wynik kształtuje się w przedziale od 22 do 88 punktów. Błąd standardowy pomiaru (*SEM*) sięga 3,41. Stosując analizę czynnikową confirmacyjną, wyodrębniłem dwie podskale: negatywną — Zagubienie egzystencjalno-moralne, zawierającą 14 twierdzeń, której *alfa* Cronbacha wynosi 0,80, oraz podskalę pozytywną — Poczucie Niezależności, złożoną z 8 twierdzeń, której *alfa* Cronbacha wynosi 0,66.

Wrażliwość wobec wartości określałem za pomocą Kwestionariusza Wartości, będącego listą 27 wartości, spośród których badany wybiera kategorie „pozytywne i istotne” w jego życiu. Lista zawiera 22 wartości twórcze i przeżyciowe oraz 5 wartości postawy. *Alfa* Cronbacha tej metody wynosi 0,82; a błąd standardowy (*SEM*) = 1,93.

W celu pomiaru zdrowia subiektywnego skonstruowałem metodę Moje Zdrowie, kwestionariusz jednoczynnikowy złożony z 30 twierdzeń. Wynik waha się od 30 do 210 punktów. *Alfa* Cronbacha wynosi 0,94, a błąd standardowy (*SEM*) = 5,96.

Warto dodać, że wyniki wszystkich czterech metod autorskich były wyrażone w stenach. Nie dotyczy to podskal, takich jak komponenty wolności podmiotowej czy kategorie wartości.

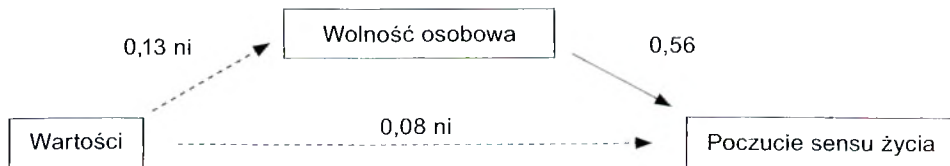
Wyniki

Empiryczna weryfikacja libertarno-walorycznej teorii poczucia sensu życia. Teoria ma znaczenie w nauce wówczas, gdy jest weryfikowalna empirycznie. W przeciwnym razie zachowuje charakter spekulatywny. Dlatego dużą wagę przywiązuję do empirycznej weryfikacji teorii libertarno-walorycznej. Na podstawie opublikowanych wcześniej badań (OSTROWSKI, 2008) stwierdziłem, że zarówno wolność osobowa, jak i wrażliwość wobec wartości odgrywają rolę predyktorów poczucia sensu życia. Układają się one w powtarzającą się sekwencję: wrażliwość wobec wartości — wolność osobowa — sens życia. Nasuwa się pytanie: Czy zmienna „wolność osobowa” pełni rolę mediatora pomiędzy obydwojema pozostałymi. Odpowiedź może



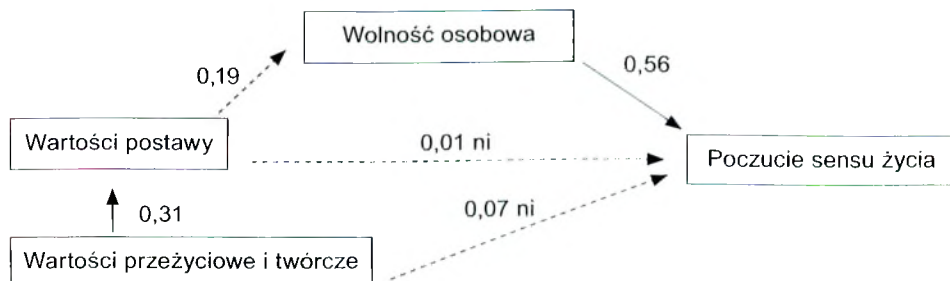
RYSUNEK 1. Wrażliwość wobec wartości jako predyktor sensu życia

Parametry modelu: wariancja poczucia sensu życia jest wyjaśniona w 2%, $\chi^2 = 0$; $p = 1$; $GOF = 1$.



RYSUNEK 2. Wolność osobowa jako mediator pomiędzy wrażliwością wobec wartości a sensem życia

Parametry modelu: wariancja poczucia sensu życia jest wyjaśniona w 33%, $\chi^2 = 0$; $p = 1$; $GOF = 1$. Linia przerywaną zaznaczona została ścieżka nieistotna statystycznie.



RYSUNEK 3. Rodzaj wartości jako moderator wrażliwości wobec wartości i predyktor wolności osobowej. Poczucie wolności jako mediator pomiędzy wrażliwością wobec wartości a sensem życia

Sens życia jest wyjaśniony w 33%, $\chi^2(1) = 0,25$; $p = 0,62$; $GOF = 0,99$; $AGOF = 0,99$. Linia przerywaną zaznaczone są ścieżki nieistotne statystycznie.

być sformułowana na podstawie porównania trzech modeli, zbudowanych za pomocą analizy ścieżek, przedstawionych na rysunkach 1., 2. i 3.

Jeśli zmienna „wolność osobowa” odgrywa rolę mediatora pomiędzy wrażliwością wobec wartości a sensem życia, to wprowadzenie jej do modelu powinno sprawić, że bezpośrednia zależność pomiędzy tymi dwoma zmiennymi będzie mniejsza. Jak widać na rysunku 2., zależność ta przestała być istotna, problem jednak w tym, że znikła również ścieżka oddająca wpływ^{*} wartości na wolność podmiotową. Z wyników badań wcześniej analizowanych (OSTROWSKI, 2008) wiadomo, że zależność pomiędzy wrażliwością wobec wartości a wolnością podmiotową jest zależna od rodzaju wartości. Jest znacząca, pozytywna w przypadku wartości postawy, natomiast nie ma znaczenia, jeśli chodzi o wartości przeżyciowe i twórcze. Dlatego wartości razem wzięte i wolność jawią się jako dwa niezależne predyktory sensu życia ($r_{pc}^{9}(166) = 0,13$; $p = 0,1018$). Rodzaj wartości pełni więc funkcję moderatora wrażliwości, jako predyktora wolności osobowej, co jest widoczne na rysunku 3. Model ten stanowi empiryczną weryfikację libertarno-walorycznej teorii sensu życia, wskazując na jego dwa predyktory: wrażliwość wobec wartości, mediowaną przez poczucie wolności osobowej. Zamykając tą konkluzją wątek badań podstawowych, przystępuję do weryfikacji hipotezy z zakresu badań stosowanych, a mianowicie zależności pomiędzy sensem życia i jego predyktorami a subiektywnym stanem zdrowia.

Empiryczna weryfikacja hipotezy o zależności pomiędzy sensem życia i jego predyktorami a subiektywnym stanem zdrowia. W kontekście przedstawionych we wstępie badań, szczególnie DAVIS, NOLEN-HOEKSEMA i LARSON (1998), nasuwa się pytanie: Czy opisane przez nich mechanizmy — znajdowanie sensu wydarzeń życiowych (*sense making*) oraz odnajdywanie wartości w wydarzeniach (*benefit finding*) — przełożą się na lepszą ocenę zdrowia subiektywnego? Hipotezę, wymagającą empirycznego potwierdzenia, można by sformułować następująco: Im większe będzie poczucie sensu życia badanych, tym zostanie osiągnięta lepsza ocena ich zdrowia oraz im większa jest ich wrażliwość na wartości postawy, tym lepiej ocenia swoje zdrowie.

Analiza jedno-jednozmiennowych korelacji, przedstawionych w tabeli 1., wydaje się potwierdzać hipotezę pierwszą i pozostawia bez odpowiedzi hipotezę drugą. Pewne światło na prawdziwość hipotezy drugiej rzucają dane zestawione w tabeli 2. Spośród wartości 9, z czego 8 pozytywnie, w tym wartość postawy „cierpienie”, przekłada się na poczucie sensu życia, co po-

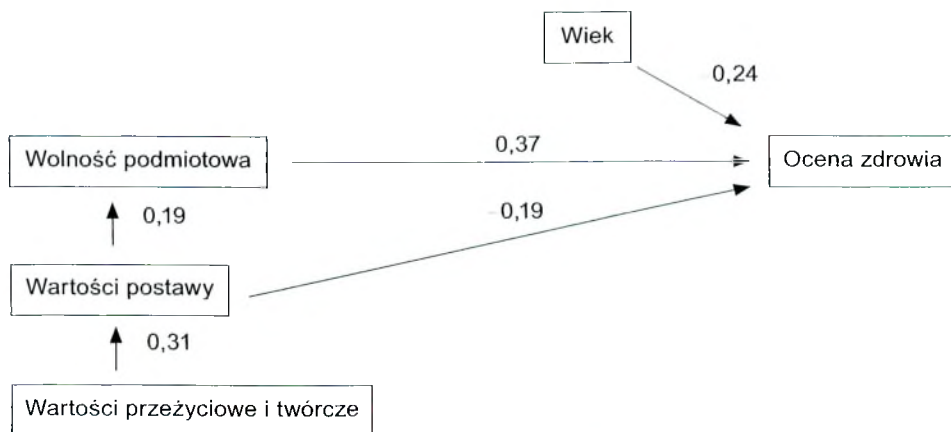
^{*} W tym wypadku, w badaniach przekrojowych, o wpływie można mówić tylko jako o statystycznej symulacji zależności przyczynowo-skutkowych, w modelowaniu strukturalnym, za pomocą analizy ścieżek.

⁹ Współczynnik korelacji punktowo-dwuseryjnej ze 166 stopniami swobody.

twierdza zależności uwidocznione na rysunku 3. Natomiast nieco mniej, bo 8 wartości jest skorelowanych z oceną zdrowia, przy czym zaledwie 3 pozytywnie: „rozwój”, „miłość” i „przyjaźń”. Z kolei wszystkie wartości postawy są skorelowane z oceną zdrowia negatywnie, co wydaje się przeczyć hipotezie drugiej. Jej weryfikację w modelu jedno-wielozmiennowym przedstawiono na rysunku 4. i 5.

TABELA 1. Korelacje pomiędzy wynikami kwestionariusza Moje Zdrowie ($M = 5,58$; $SD = 2,00$) a wartościami zmiennych wyjaśniających ($n = 168$)

Zmienne niezależne	Osoby zdrowe		r_{166}	p
	M	SD		
Stosunek do życia (steny)	5,65	2,06	0,37	0,0001
Poczucie niezależności (steny)	5,67	1,97	0,14	0,0660
Brak zagubienia (steny)	5,68	2,04	0,38	0,0001
Ich suma, czyli wolność podmiotowa (steny)	5,66	1,95	0,35	0,0001
Wartości przeżyciowe i twórcze (wynik surowy)	8,33	3,10	-0,02	0,3100
Wartości postawy (wynik surowy)	0,43	0,94	-0,13	0,0900
Suma wartości (steny)	5,59	2,00	0,04	0,5911



RYСУNEK 4. Wiek, poczucie wolności i wrażliwość wobec wartości jako predyktory subiektywnej oceny zdrowia

Parametry modelu: wariancja oceny zdrowia jest wyjaśniona w 21%, $\chi^2(14) = 22,46$; $p = 0,07$; $GOF = 0,93$; $AGOF = 0,96$. Pogrubiona została ścieżka główna.

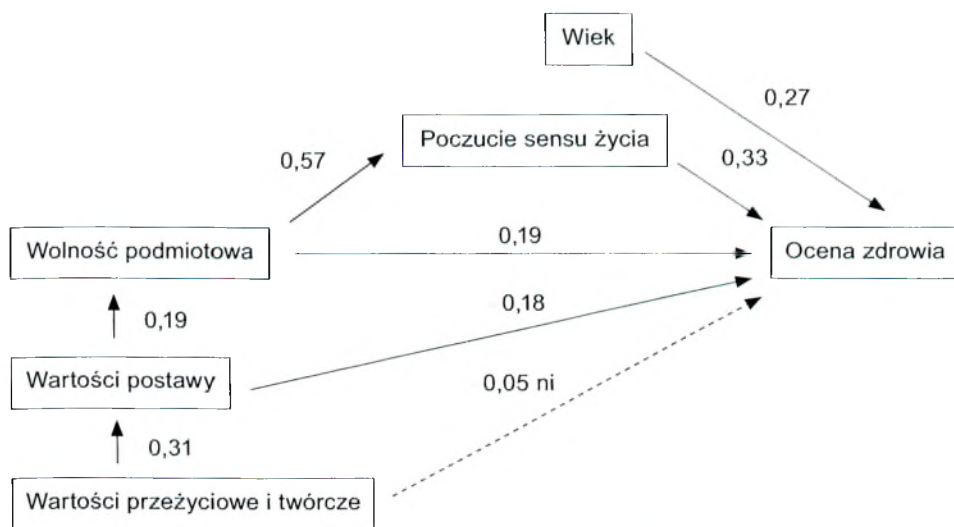
Predyktorem dodatnim oceny zdrowia jest poczucie wolności osobowej oraz sens życia, natomiast wartości postawy jawią się jako predyktor istotny, ale negatywny, co zmusza do odrzucenia hipotezy drugiej. Znaczenie ne-

TABELA 2. Hierarchia wartości oraz korelacje pomiędzy poczuciem sensu życia — Kwestionariusz Stosunku do Życia, oraz zdrowiem subiektywnym — kwestionariusz Moje Zdrowie ($M = 5,58$; $SD = 2,00$) a wartościami uwzględnionymi w Kwestionariuszu Wartości — skale zero-jedynkowe ($n = 168$)

Wartości (S — postawy)	Ranga	Liczba osób		Sens życia		Zdrowie subiektywne	
		0	1	$r_{ps}(1)$	p	$r_{ps}(1)$	p
Choroba (S)	23,5	157	11	0,13	0,0860	0,28	0,0001
Cierpienie (S)	22	151	17	0,27	0,0001	0,21	0,0060
Dobra materialne	15	98	70	0,05	0,5470	0,04	0,6400
Godność osobista	7	52	116	0,01	0,9370	0,04	0,6150
Kalectwo (S)	26,5	165	3	0,11	0,1370	0,25	0,0001
Miłość	1	7	161	0,37	0,0001	0,17	0,0250
Niepełnosprawność (S)	26,5	165	3	0,11	0,1373	0,25	0,0001
Samotność (S)	25	159	9	0,20	0,0081	0,04	0,6081
Nieśmiertelność	21	146	22	0,10	0,1994	0,04	0,6373
Obowiązek	12	88	80	0,16	0,0392	0,08	0,3072
Ojcostwo / macierzyństwo	4	28	140	0,05	0,5254	0,07	0,3991
Piękno	13	89	79	0,13	0,0991	0,05	0,5072
Poświęcanie się dla innych	14	93	75	0,20	0,0084	0,01	0,9053
Prawda	5	37	131	0,12	0,1133	0,15	0,0573
Przyjaźń	3	25	143	0,12	0,1113	0,16	0,0352
Rozrywka	16	104	64	0,01	0,8850	0,09	0,2570
Pożycie seksualne	11	82	86	0,02	0,7670	0,07	0,3980
Rozwój	9	70	98	0,19	0,0112	0,20	0,0081
Uroda	19	127	41	0,10	0,1761	0,09	0,2424
Sława	23,5	157	11	0,20	0,0111	0,07	0,3661
Wiedza	6	38	130	0,10	0,2013	0,03	0,6871
Tęsknota	20	138	30	0,13	0,0983	0,11	0,1541
Twórczość	18	113	55	0,02	0,8163	0,13	0,0843
Wierność	8	59	109	0,24	0,0021	0,06	0,4500
Wolność	10	74	94	0,10	0,1891	0,11	0,1502
Zbawienie	17	110	58	0,37	0,0001	0,02	0,7752
Zdrowie	2	13	155	0,01	0,9122	0,231*	0,0030

* Można by oczekiwać, że korelacja pomiędzy subiektywną oceną zdrowia a wskazywaniem zdrowia jako wartości istotnej i pozytywnej będzie dodatnia. Jest jednak ujemna, ponieważ subiektywna ocena stanu zdrowia 13 osób, które nie wybrały zdrowia jako wartości jest wyższa niż pozostałych 155, co nazwałbym paradoksem normalności i analizuję w publikacjach z roku 2006 oraz 2008.

gatywnie ma również wiek badanych. Powstaje pytanie: Czy zmienna „sens życia” pełni rolę mediatora pomiędzy wolnością podmiotową a oceną zdrowia? Aby to sprawdzić, na rysunku 4. przedstawiam diagram modelu bez poczucia sensu życia. Jak widać, bezpośredni wpływ poczucia wolności na ocenę zdrowia jest znacznie większy (0,37; rys. 4.) niż wówczas, gdy go za pośredniczą sens życia (0,19; rys. 5.), co oznacza, że zmienna ta odgrywa rolę mediatora pomiędzy wolnością podmiotową a oceną zdrowia.



RYСУNEK 5. Wiek, poczucie sensu życia, wolności i braku zagubienia oraz wartości jako predyktory subiektywnej oceny zdrowia. Sens życia jako mediator pomiędzy wolnością osobową a oceną zdrowia

Parametry modelu: wariancja oceny zdrowia jest wyjaśniona w 30%, $\chi^2(7) = 6,78$; $p = 0,45$; $GOF = 0,99$; $AGOF = 0,96$. Pogrubiona została ścieżka główna, a linią przerywaną zaznaczona ścieżka nieistotna statystycznie.

TABELA 3. Poszczególne wartości jako predyktory subiektywnej oceny stanu zdrowia w krokowej analizie regresji wielokrotnej ($n = 168$). Wariancja wyjaśniona: 6%. Istotność wariancji wyjaśnionej: $F(3,164) = 4,12$; $p = 0,0075$

Predyktor	Standaryzowany współczynnik regresji <i>Beta</i>	<i>F</i> jako kryterium wejścia zmiennej do równania	<i>p</i>	Procent wariancji wyjaśnionej (przyrost)
Rozwój	0,17	4,550	0,0344	3
Choroba	0,17	5,419	0,0211	3 (6)
Zdrowie	0,11	2,200	0,1397	1 (7)

Analizując poszczególne wartości jako predyktory subiektywnej oceny zdrowia, należy podkreślić, że jej predyktorem pozytywnym jest tylko rozwój, a jedynym istotnym negatywnym — choroba (tabela 3.). Pozostałe

korelaty nie weszły do równania regresji oceny zdrowia na założonym poziomie istotności. Oznacza to, że wyższa będzie ocena zdrowia subiektywnego w przypadku osoby traktującej rozwój jako wartość, natomiast niższa, jeśli wartością jest choroba. Zdrowie jako wartość było bliskie istotności, ale nie weszło do równania.

Dyskusja wyników i wnioski

Przedstawione wyniki badań można odnieść do rezultatów DAVISA, NOLEN-HOEKSEMA i LARSON (1998), zadając przy tym szereg pytań. Pierwsze pytanie dotyczy częstości występowania wyróżnionych przez nich mechanizmów: znajdowania sensu wydarzeń trudnych oraz odkrywania ich wartości. Według autorów, pierwszy z wyróżnionych mechanizmów występuje u 68% badanych, a drugi — nawet u 80%. Ja nie badałem poczucia sensu określonych wydarzeń, tylko globalne poczucie sensu życia, które w jakimś stopniu mieli wszyscy badani, w związku z tym trudno mi się odnieść do pierwszej danej. Jeśli Franklowski mechanizm przyjmowania postawy wobec trudnych wydarzeń — wartości postawy będzie utożsamiany z odkrywaniem wartości, opisanym przez wspomnianych autorów, to w moich badaniach to zjawisko wystąpiło znacznie rzadziej, bo u 10% osób. Spośród 168 badanych osób 17 wybrało cierpienie jako wartość „istotną i pozytywną” w ich życiu. Częściej wybierały je kobiety — w 14 przypadkach na 17. Wybór nie ma natomiast związku z wiekiem i wykształceniem. Można się zastanowić, skąd taka dysproporcja. Davis, Nolen-Hoeksema i Larson badali osoby, które doświadczyły straty w postaci śmierci osób bliskich. W moim wypadku natomiast dobór badanych miał charakter przypadkowy i nie był powiązany ze stratą. W tej sytuacji można ocenić, że i tak wiele osób stać było na to, aby w cierpieniu dostrzec wartość.

Kolejne pytanie dotyczy zdrowotnych profitów poznawczego przepracowania straty. Cytowani autorzy wskazują na fakt, że obydwa mechanizmy sprzyjają redukcji częstości depresji oraz PTSD po śmierci bliskiej osoby. W takim razie, przechodząc na grunt badań własnych, mogę zadać pytanie o psychologiczne i zdrowotne znaczenie wartości postawy oraz poczucia sensu życia.

Zaczynając od wartości postawy, trzeba stwierdzić, że w tej kategorii wartości badani najczęściej wybierali cierpienie. Czy jednak można powiedzieć, że odnajdywali wartość w cierpieniu? Na podstawie wypowiedzi badanych, można sądzić, że tak. Zapytani: „Jak się ta wartość przejawia w moim życiu?”, badani odpowiadali: Cierpienie „sprawia, że doceniam życie”, „uszla-

chetnia, sprzyja rozwojowi”, „to krok do nowych narodzin”, „czasem pozwala nam dostrzec nową jakość w życiu i coś zrozumieć, gdy już odejdzie”, „uczy pokory”. Cierpienie to: „czuć dojmujący ból, nie tylko fizyczny”, „doświadczenie dla hartowania człowieka”, „oczyszczenie myślenia, pokora”, „zrozumienie szczęścia”, „żeby docenić to, co dobrego nas spotyka”, „współczucie innym, pokora”. Wypowiedzi te ilustrują działanie mechanizmu odnajdywania wartości.

Czy doświadczenie cierpienia jako wartości postawy przekłada się na poczucie sensu życia oraz poprawia subiektywną ocenę zdrowia? Przedstawiona powyżej analiza wyników pozwala stwierdzić, że wartości postawy, w tym cierpienie, są predyktorem poczucia sensu życia, mediowanym przez dyspozycję osobowościową, określoną jako wolność podmiotowa. Natomiast wrażliwość wobec wartości postawy nie poprawia oceny zdrowia, a wręcz ją obniża. Znaczenie, zgodnie z analizą regresji, ma postrzeganie choroby jako wartości. Jeśli badany dostrzega wartość w chorobie, to gorzej ocenia swoje zdrowie i być może łatwiej się godzi z jego ubytkiem, ale jest to już dalej idąca interpretacja. Podobnie dostrzeganie wartości w cierpieniu obniża ocenę zdrowia ($r_{\text{ps}}(1) = -0,21$; $p = 0,006$). Konkludując, można stwierdzić, że potwierdzono sensotwórcze działanie mechanizmu odnajdywania wartości w trudnych wydarzeniach życiowych, natomiast mechanizm ten nie poprawia oceny zdrowia, a wręcz ją pogarsza jako predyktor bezpośredni. Z kolei wrażliwość wobec wartości postawy uczestniczy pozytywnie w uwarunkowaniach subiektywnej oceny stanu zdrowia jako predyktor sensu życia, za pośrednictwem przez poczucie wolności podmiotowej.

Przechodząc do analizy zdrowotnego znaczenia sensu życia, należy stwierdzić, że w tym przypadku uzyskane wyniki korespondują z rezultatami Nolen-Hoeksema, Davisa i Larson, ponieważ wykazano, że sens życia jest pozytywnym predyktorem zdrowia subiektywnego.

Trzecie pytanie, nawiązujące do wyników cytowanych autorów, dotyczy relacji pomiędzy ujawnionymi przez nich mechanizmami. Badacze twierdzą, że odkrywanie wartości wydarzeń oraz postrzeganie ich jako sensowne to dwa odrębne mechanizmy poznawczego przepracowania straty. W świetle przedstawionych tu wyników są one jednak powiązane ze sobą funkcjonalnie. Aby określić tę relację, trzeba odwołać się do empirycznej weryfikacji libetalno-walorycznej teorii sensu życia.

Budowanie poczucia sensu życia rozpoczyna się od aktywności życiowej, ukierunkowanej na wartości przeżyciowe i twórcze w sobie samym i w otaczającym świecie (rys. 3.). Dopiero tak rozumiana wrażliwość wobec szeroko dostrzeganych wartości warunkuje gotowość do odnalezienia pozytywnych stron trudnych wydarzeń życiowych, do przeżycia ich w sposób rozwojowy — jako wartości postawy. Kolejnym ogniwem w mechanizmie konstytuowania sensu życia jest poczucie wolności podmiotowej, które wyznacza indywi-

dualny horyzont realizowania wartości i perspektywę sensu życia. Poczucie zniewolenia zagraża sensowi życia jednostki. Motywowanie się wyłącznie narzuconymi celami wyznacza sens życia na poziomie przetrwania. Uświadomienie sobie swej wolności działania oraz obecności autorytetów i obiektywnie istniejących wartości, którym nie zagrażą ani kultura, ani cywilizacja i które wyznaczają kierunek działania, przekłada się na sens życia człowieka, który wie, że ma wolny wybór i że jest odpowiedzialny za swoje decyzje. Wrażliwość wobec wartości określa kierunek aktywności życiowej jednostki, a poczucie wolności podmiotowej zapewnia jej energię, dynamikę.

W świetle libertarno-walorycznej teorii sensu życia mechanizmami, które nie pozostają odrębne, ale stanowią istotne ogniwa łańcucha przyczynowo-skutkowego, jako predyktory sensu życia, są odkrywanie wartości wydarzeń oraz postrzeganie ich jako sensowne. Zgodnie z tą teorią jednostka może mieć poczucie sensu życia wówczas, gdy jest aktywna życiowo, ale także wtedy, kiedy dozna w życiu cierpienia, w jakiegokolwiek postaci, które potrafi przepracować w sposób twórczy, odnajdując w nim wartości. Aby ten sposób radzenia sobie doszedł do skutku, jednostka musi czuć się wolna do swojej interpretacji wydarzeń. Osoba zniewolona społecznie czy w zagubieniu moralnym w konfrontacji z cierpieniem może ulec reakcji wycofania w depresję lub PTSD.

Interpretując mechanizmy ujęte w teorii sensu życia na poziomie antropologii filozoficznej, można stwierdzić, że umiejętność dostrzegania w sobie i w otaczającym świecie wartości jako atrybutów absolutu umożliwia dostrzeżenie ich nawet w cierpieniu, z którego człowiek siłą ducha wyrwa się ku idealnej, ponadczasowej, niewyczerpywalnej podstawie wartości, jaką jest transcendentny wobec świata absolut.

Podniesienie roli twórczego przepracowania cierpienia w konstytuowaniu sensu życia ujawnia egzystencjalną proveniencję teorii libertarno-walorycznej. Frankl, który nawiązał do tej tradycji, akcentował, że życie ludzkie toczy się w przestrzeni wyznaczonej przez „triadę ludzkiego losu”: winę, śmierć i cierpienie. Stosunek człowieka do cierpienia stanowi najbardziej osobotwórczy mechanizm, wyrażający potęgę ducha wobec psychiki i fizyczności.

Formułując wnioski końcowe, należy stwierdzić, że w świetle wyników przedstawionych badań, poczucie sensu życia jest mechanizmem salutogenetycznym jako predyktor pozytywnej oceny swego zdrowia, natomiast predyktory sensu życia — drażliwość wobec wartości i wolność podmiotowa — wchodzi w relację pozytywną ze zdrowiem subiektywnym, jeśli są mediowane przez sens życia, z kolei szczególna drażliwość wobec wartości podstawy w relacji bezpośredniej z oceną zdrowia sprzyja jej obniżeniu.

Bibliografia

- ANTONOVSKY A., 1995: *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Fundacja Instytutu Psychoneurologicznego.
- DAVIS C.H.G., NOLEN-HOEKSEMA S., LARSON J., 1998: Making Sense of Loss and Benefiting From the Experience: Two Construals of Meaning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75 (2), s. 561–574.
- FRANKL V.E., 1984: *Homo patiens*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- HESZEN I., 2005: Zmienność wymiarów zdrowia na przestrzeni życia człowieka. W: KUBACKA-JASIECKA D., OSTROWSKI T.M., red.: *Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 21–36.
- HESZEN-NIEJODEK I., 2003: Wymiar duchowy człowieka a zdrowie. W: JUCZYŃSKI Z., OGIŃSKA-BULIK N., red.: *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 33–47.
- MADSEN K.B., 1980: *Współczesne teorie motywacji*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- NIEDERHOFFER K.G., PENNBAKER J.W., 2002: Sharog one's story. On benefits of writing or talking about emotional experience. In: SNYDER C.R., LOPEZ S.J., eds.: *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press, s. 573–583.
- OBUCHOWSKI K., 1995: *Przez galaktykę potrzeb. Psychologia dążeń ludzkich*. Poznań: Zysk i S-ka.
- OSTROWSKI T.M., 2006: Zdrowie jako wartość w świetle wyników badania osób zdrowych i po zawale serca. W: PASIKOWSKI T., SĘK H., red.: *Psychologia zdrowia: teoria, metodologia i empiria*. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe, s. 99–111.
- OSTROWSKI T.M., 2008: *Liberalno-waloryczny model sensu życia w kontekście zdrowia i choroby wieńcowej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Ottawa Charter for Health Promotion*. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, 21 November 1986 – WHO/HPR/HEP/95.1.
- POPIELSKI K., 1999: Noopsycho-somatyka: propozycja nowego podejścia diagnostyczno-terapeutycznego. *Przegląd Psychologiczny*, 42(4), s. 17–41.
- RYFF C.D., SINGER B., 2002: Paradoksy kondycji ludzkiej: dobrostan i zdrowie na drodze ku śmierci. W: CZAPIŃSKI J., red.: *Psychologia pozytywna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 147–162.
- RYFF C.D., SINGER B., 2008: Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9, s. 13–39.
- TRZEBIŃSKA E., 2008: *Psychologia pozytywna*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- ŻYCIŃSKA J., 1995: Twórcze kształtowanie samego siebie poprzez doświadczenie nieuleczalnej choroby (na przykładzie chorych na stwardnienie rozsiane). W: HESZEN-NIEJODEK I., red.: *Doświadczenie kryzysu – szansa rozwoju czy ryzyko zaburzeń?* Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 89–117.